

北海道医師会事業第一課 行

(FAX : 011-252-3233 / E-mail : 1ka@m.doui.jp)

令和3年度 地域包括診療加算・地域包括診療料に係る かかりつけ医研修会  
DVD 講習 受講申込書

※新規届出を希望し、かつ同プログラムを受講したことのない医師のみ申し込み可

令和3年10月1日(金) 必着

医籍登録番号						
ふりがな						
氏名						
施設基準の届出	<input type="checkbox"/> 新規 (※ <input checked="" type="checkbox"/> チェックをお願いします)					
会員種別 (該当に○を付けてください)	日医会員	道医会員	郡市医師会会員	非会員		
所属郡市・医育機関医師会名 (例:札幌市など)						
所属医療機関名						
医療機関住所	〒					
	(TEL           —           —           )					
	(FAX           —           —           )					
E - m a i l						
昼食 (お弁当) 別途 1,000 円	要           ・           不要					
託児室の利用	希望する           利用人数 (           人)					
	1	お子さまの年齢 歳 ヶ月		性別	1. 男	2. 女
	2	お子さまの年齢 歳 ヶ月		性別	1. 男	2. 女

※ご記載いただいた個人情報、本会関係者でのみ使用し、それ以外には利用いたしません。

※申込者が複数の場合は、複写してご利用ください。

※新型コロナウイルスの感染状況により、やむを得ず開催中止とする場合は、電話にてご連絡いたしますので、必ず電話番号をご記入ください。